

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Avram HORN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA VULVAIRE

Président : M. J.-L. FAURE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD MARFAN NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS HARTMANN DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	LABBE HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	VILLARET
DEBRE	LANGLOIS	OKINCZYC	
DESMAREST		PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Broca

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMAND

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chef de Travaux gynécologiques
de l'hôpital Broca

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉPITHÉLIOMA VULVAIRE

INTRODUCTION

Ayant observé dans le service de M. le professeur Jean-Louis Faure, un cas de cancer de la vulve développé sur des papillomes vulvaires, nous avons pensé qu'il serait intéressant, de rechercher les observations de cancer de la vulve, dans les grands services hospitaliers de Paris, et de les comparer avec les cas qui nous intéressent.

D'après ces recherches, l'épithélioma de la vulve ne nous paraît pas aussi rare, que le prétendent les classiques, et nous avons pu en recueillir dix cas inédits grâce à l'obligeance de MM. les professeurs Lecène et Le Normand.

D'autre part en consultant la littérature, nous avons constaté un nombre considérable de travaux parus depuis plus de quarante ans. Nous avons relevé plus de dix thèses qui ont été publiées dans les différentes Facultés de France, surtout à Paris. Les documents nouveaux que nous apportons aujourd'hui n'ont pas la prétention de modifier l'état de la question. Cependant nous avons été frappés, de constater, que le traitement chirurgical actuel ne donne pas toujours des résultats satisfaisants, et que cette variété de cancer, assez bénigne en apparence, est en réalité très maligne, par suite des récidives successives qui assombrissent singulièrement le pronostic opératoire.

Nous nous sommes demandé avec le Dr Douay si on ne

pouvait parachever le traitement chirurgical, en utilisant après l'exérèse, la curiethérapie et la radiothérapie, soit comme moyen préventif, soit pour arrêter les petits points de récidence. Nous ne pouvons à l'heure présente, que suivre pas à pas, les malades traités, et attendre la consécration du temps, pour affirmer la supériorité d'un tel traitement.

Nous sommes heureux d'exprimer à M. le professeur Jean-Louis Faure, notre très grande et respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous fait de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse ; ce nous est également un devoir que de présenter à M. le D^r Douay, chef de travaux gynécologiques à l'hôpital Broca, tous nos remerciements, pour sa très grande bienveillance, ainsi que pour les conseils, qu'il nous a si fréquemment prodigués.

HISTORIQUE

Les premières observations de cancer de la vulve, ont été signalées par leurs auteurs à titre de curiosités scientifiques. Rappelons celle de Morgagni de 1751, considérée comme la première en date.

Dans les premières observations, la localisation est péri-urétrale (observ. de Boivin et Duges, 1833). En 1885, Zweifel publie un mémoire très intéressant sur les tumeurs à point de départ vulvaire, complété par des examens histologiques. Dans toute cette période de début, le traitement est la destruction de l'ulcération, soit par le fer rouge, soit par les caustiques. Les opérations faites au bistouri, sont rarement tentées ; elles sont parcimonieuses. Il n'est pas question de l'ablation des ganglions, et les résultats comme on peut le prévoir, sont mauvais (thèse de Lahay).

Dans une seconde période, l'affection est spécialement étudiée par les dermatologistes et les histologistes qui recherchent les rapports du cancer et de la leucoplasie vulvaire, du cancer et des lésions syphilitiques tertiaires. Ces recherches sont faites d'ailleurs en même temps pour la muqueuse linguale, établissant l'importance de la leucoplasie et de la syphilis dans la genèse du cancer de la langue. Signalons à ce sujet, les travaux de Reclus et la thèse de Bex qu'il a inspirée.

Avec les thèses de Soullier-Dauriac, apparaît l'importance de l'adénopathie, ainsi que la nécessité de l'extirper. Les recherches anatomiques de Cunéo et Marcille sur les voies lymphatiques et les groupes ganglionnaires afférents faites

en 1901, montrent au chirurgien les différents relais lymphatiques, et l'importance de l'exérèse ganglionnaire dans le traitement du cancer de la vulve.

C'est à ce moment que commence la période vraiment chirurgicale où toute exérèse de tumeur vulvaire doit être précédée du curage des deux aines. A signaler les thèses de Biétryx, de Boyer et surtout l'article du professeur agrégé Mauclairé publié dans *la Tribune médicale* en 1903. Comparativement à ce qui se faisait pour le cancer du sein, on veut réaliser l'exérèse en bloc du cancer et des voies lymphatiques afférentes. Cette idée est reprise par Basset qui publie sa thèse remarquable en 1912 et précise la technique.

Dans la voie chirurgicale, on est allé jusqu'à faire après laparatomie, la recherche des ganglions pelviens, qui comme l'a montré Rouvière, peuvent être envahis. Deux techniques ont été préconisées ; celle de Stoëckel par voie péritonéale ; un peu plus tard celle de Kehrer, par voie extra-péritonéale.

Actuellement on est moins enclin à faire ces grands délabrements. Le résultat de ces grandes opérations, n'est pas sensiblement amélioré et d'autre part, on possède une autre arme thérapeutique, les radiations. Dans ces dernières années, des tentatives ont été faites, un peu partout ; le cancer lui-même peut être traité par le radium, soit par applications en surface, soit par radiopuncture ; enfin les ganglions profonds peuvent être atteints par les rayons X. Les résultats obtenus ne sont pas excellents, car la variété habituelle de cancer est une variété spino-cellulaire qui pour Regaud est résistante aux rayons. Toutefois les résultats sont assez encourageants pour laisser supposer que l'association de la chirurgie et de la curiethérapie permettra d'améliorer le pronostic de cette affection.

ETIOLOGIE

Par cancer de la vulve, nous entendons l'épithélioma primitif de la vulve, laissant de côté le cancer secondaire d'une part, et d'autre part les tumeurs malignes sarcomeuses.

Le cancer de la vulve est surtout l'apanage de l'âge mûr. Pourtant on cite des cas comme celui du professeur Legueu (*in* thèse de Popovitch), où il s'agit d'un cancer périurétral chez une femme de 26 ans. L'hérédité ne paraît jouer qu'un rôle médiocre. Les rapports sexuels, les traumatismes, les accouchements répétés, assument un rôle très hypothétique.

Par contre, on a pu suivre d'une façon fort nette, l'évolution d'un cancer sur une plaque de leucoplasie, et en cela le cancer de la vulve se rapproche du cancer de la langue. Bex dans une thèse faite en 1887, intitulée : *Leucoplasie et cancéroïde de la muqueuse vulvo-vaginale*, montre que toute leucoplasie est un épithélioma en puissance. Il faut se garder d'ailleurs de la tendance qu'on a à généraliser, et à croire que toute leucoplasie se transformera inévitablement en cancer. Beaucoup de chirurgiens considérant tout traitement médical comme nuisible par son action irritante sur la leucoplasie, n'hésitent pas à conseiller l'incision des plaques si elles ne sont pas trop étendues.

De nombreux travaux ont fixé le rôle joué par le kraurosis. Nous pouvons citer la thèse de Chassaigne de Borredon et celle de Weterwald.

A côté de ce facteur étiologique habituellement signalé,

nous voulons attirer l'attention sur un autre facteur rare, que deux de nos observations mettent en valeur : nous voulons parler du papillome et de sa transformation de tumeur bénigne en épithélioma. Dans la première observation de ce genre, il s'agit d'un groupe de papillomes qui, un an après leur apparition, se transforment en épithéliomas, comme l'ont prouvé les examens histologiques du professeur Champy. Dans la seconde observation due à l'obligeance de M. le Dr Moure, il s'agit d'une verrue siégeant sur le capuchon clitoridien, qui se transforma quelques mois après en épithélioma. Dans les publications antérieures, nous en trouvons quelques observations. Dans la thèse de Basset 2 cas, dans un mémoire de Winckel un autre cas.

En somme, le papillome vulvaire reste une tumeur bénigne, mais il faut savoir que sa transformation en cancer est toujours possible, et qu'en conséquence le papillome vulvaire doit être traité avec énergie par l'ablation.

Le condylome vulvaire, tumeur bénigne voisine au papillome mais à large implantation peut être aussi au même titre que le papillome le point de départ de cancer vulvaire comme le signale Taussig.

Ces transformations sont à vrai dire exceptionnelles puisque nous n'en avons trouvé que quelques cas isolés.

SYMPTOMATOLOGIE

La période de début est caractérisée par l'indolence complète de la tumeur. La malade l'aperçoit par hasard, en procédant à sa toilette, ou bien son attention est attirée de ce côté par un prurit, qui, léger d'abord, peut atteindre une intensité extraordinaire qui la pousse à se gratter. Ce prurit siège au niveau de la tumeur, mais le plus souvent à la partie interne et supérieure des cuisses. D'autrefois c'est une cuisson continue, qui s'accroît au moment des mictions et surtout vers la fin lorsque les dernières gouttes d'urine viennent mouiller l'ulcération.

Ceci s'observe surtout dans les épithéliomas à point de départ urétral. Il existe très nettement dans une de nos observations (n° V) pour une tumeur à point de départ clitoridien.

Un écoulement séreux, parfois rosé, puis séro-purulent survient, qui tache la chemise, est fétide et devient de plus en plus abondant. La marche est gênée à cause des érythèmes qui surviennent. Ce dernier symptôme existe quelquefois seul, ainsi que nous l'avons noté dans l'observation II dans laquelle la marche était spécialement pénible.

Les manœuvres de grattage produisent de légères hémorragies, signe du début d'ulcération de la tumeur. Les rapports sexuels deviennent impossibles et douloureux, mais ce signe est sans grande importance, étant donné l'âge de la malade qui ordinairement a dépassé la ménopause.

A l'examen, on peut constater soit une légère saillie verruqueuse, soit une ulcération entourée d'une légère pig-

mentation. Un des caractères nets de cette ulcération, c'est sa friabilité, et l'hémorragie à la moindre occasion. La surface présente, des parties excoriées, surélevées, elle est sanieuse, et indurée à la palpation. Les bords sont violacés, surélevés et à contour très irrégulier. Des croûtes jaunâtres s'en détachent, le fond est rouge et semé de bourgeons. Au début les ganglions ne sont pas forcément envahis ; ceux qu'on aperçoit ne présentent pas toujours les caractères propres aux ganglions cancéreux. Cependant ils doivent être suspectés. En règle, tout ganglion perceptible doit être considéré comme envahi, l'examen microscopique fait après ablation le prouve très souvent. S'ils sont augmentés de volume, mobiles et roulant facilement sous le doigt ils sont sûrement néoplasiques. Si à l'ulcération cancéreuse s'ajoutent des phénomènes infectieux ils peuvent s'enflammer. Cette complication ne se produit presque jamais.

L'envahissement de proche en proche de la tumeur cancéreuse prend diverses directions. Il peut s'orienter, soit en surface, vers le méat et l'anus, soit en profondeur, vers les muscles du périnée, les os du bassin et surtout vers les branches ischio-pubiennes. L'envahissement du méat se traduit par de la douleur à la miction et surtout l'incontinence lorsque le sphincter est atteint. L'envahissement du sphincter de l'anus, se traduit par l'incontinence des gaz (obs. I). Les métastases sont rares ; cependant on a signalé dans certains cas très avancés, des métastases dans la colonne vertébrale et même dans le cerveau. Les ganglions hypogastriques peuvent être pris dans le cancer du clitoris, provoquant des compressions nerveuses et vasculaires.

Au point de vue général, la malade perd l'appétit et maigrit. Le facies devient jaune paille, l'adynamie est très accentuée. Une légère hyperthermie le soir et la malade meurt en cachexie dans un temps qui varie entre une ou trois années.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Si la chirurgie n'intervient pas d'une façon précoce, les récidives post-opératoires sont habituelles et la période terminale de cachexie survient sans tarder. Il est très difficile d'évaluer exactement cette évolution, car les malades n'indiquent jamais d'une façon précise, la date du début. Dans la majorité des cas la durée moyenne est d'un an et demi à deux années. Après l'opération la survie est de six mois à deux ans, mais il y a des exceptions : voici une malade de Lewers âgée de 52 ans opérée en 1899 d'un cancer du clitoris. On lui enlève la tumeur et les ganglions des deux côtés. En 1906 elle est guérie.

Le pronostic d'une lésion cancéreuse est presque impossible à prévoir. Voici par exemple un autre cas de Lewers où la guérison survient après une série de récidives. Il s'agit d'une malade qui subit une première intervention à droite en 1896, et deux ans après elle est opérée pour une récidive à gauche. Les ganglions du même côté se prennent à leur tour l'année suivante, et sont enlevés au cours d'une seconde intervention. En 1901, on note une nouvelle récidive du même côté, l'intervention a lieu et en 1907 la malade revient le voir en bon état de santé.

Dans le service du professeur Hartmann une malade de 55 ans est traitée en 1913 une première fois pour épithéliomas multiples de la vulve au moyen d'applications de radium. Elle meurt en 1918 après une survie de cinq ans. Avec la curiethérapie, à côté de beaucoup d'échecs, on

note quelquefois un arrêt prolongé dans l'évolution, qui peut être interprété comme une guérison.

Voici maintenant la statistique de Goldschmitt : sur 169 cas, on trouve 66 récidives rapides, dont 26 sur place, 25 dans la région, 15 à la fois sur place et dans le voisinage ; 84 cas à récurrence tardive. Il reste donc 19 cas où la guérison semble définitive soit 10 o/o. On signale très rarement des cas de métastase viscérale. Plus rare encore est la mort par métastase généralisée. Citons le cas de Schwartz (de Berlin) où il s'agit d'une femme opérée pour un épithélioma de la vulve et qui mourut d'une tumeur du cerveau. Pour terminer citons le cas remarquable du professeur Faure où un cancer du clitoris avec adénopathie bilatérale opéré n'a pas récidivé depuis plus de huit ans.

DIAGNOSTIC

Quand on se trouve en présence d'une tumeur, qui n'est pas ulcérée, on pourrait penser au simple papillome, car au début l'épithélioma en a tout à fait l'aspect. La différence réside en ce que le papillome ne repose pas sur une base indurée, et qu'il a en outre plus ou moins tendance à se pédiculiser. Le papillome unique est exceptionnel.

Quand l'épithélioma est à la phase d'ulcération on pourrait le confondre avec un chancre syphilitique, avec des lésions tertiaires, ou avec un chancre mou. Mais en regardant de plus près on trouve toujours quelques caractères pour le différencier.

Le chancre syphilitique se distingue de l'ulcération épithéliomateuse par le fait d'être surtout une exulcération, par sa coloration jambonnée, et par son contour très régulier et nettement circulaire. L'induration des bords est aussi nettement limitée. Les commémoratifs, la pléiade ganglionnaire à la région crurale, permettent de poser le diagnostic.

Les lésions syphilitiques secondaires et tertiaires, qui quelquefois se localisent dans cette région sont multiples et même dans leur variété hypertrophique ont rarement l'apparence d'une tumeur. On est aidé par la réaction de Wassermann, par le traitement antisypilitique qui très souvent tranche le diagnostic. Ce traitement devra éviter l'emploi de l'iodure de potassium, qui agirait comme un coup de fouet s'il s'agissait d'un néoplasme.

Le chancre mou ne ressemble que très vaguement à l'ul-

cération néoplasique. Il s'en différencie par son apparition précoce et son évolution rapide. L'adénite suppurée le suit de près. Les bords du chancre mou ne sont pas indurés mais déchiquetés et taillés à pic. Dans des cas exceptionnels le diagnostic est parfois très difficile même si l'on dispose de tous les moyens d'investigation. Quelquefois, même, après biopsie, il est difficile de se prononcer comme le prouve l'observation due à l'obligeance du professeur Lenormand. Après biopsie douteuse, la malade a été opérée. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'une lésion syphilitique.

La leucoplasie vulvaire, ne donne jamais lieu à des difficultés de diagnostic étant donné son évolution torpide, son aspect et l'absence constante d'adénopathie. Mais lorsque la leucoplasie se craquèle et s'ulcère, la transformation maligne est imminente sans qu'on puisse absolument l'affirmer. Il faut alors agir et enlever la plaque que l'on confiera au laboratoire.

Dans l'esthiomène qui est une affection très rare, considérée maintenant comme tuberculeuse, la tumeur présente des zones de cicatrisation alternant avec des zones où les tissus sont détruits. Les ganglions sont rarement pris. Dans les cas difficiles le simple examen clinique ne suffit pas, l'adénopathie reste un bon signe en faveur du cancer ; il faut faire cependant des réserves. Il y a des cas où les ganglions à peine palpables paraissent normaux et l'examen microscopique après leur ablation décele des cellules cancéreuses. En principe, chaque fois, qu'on hésitera il faudra faire une biopsie qui lèvera presque toujours les doutes et permettra de faire une thérapeutique rationnelle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège initial de l'épithélioma de la vulve peut se faire sur les différentes parties de cet organe. L'affection présente des caractères très spéciaux suivant sa localisation. Il n'y a pas un cancer de la vulve, mais des variétés anatomiques suivant le siège. Signalons 1° : Le *cancer de l'orifice vulvaire*, et spécialement celui de la face interne des grandes lèvres, avec ses variétés : *variété postérieure* qui se développe vers l'anus et le périnée ; *variété vestibulaire* qui gagne l'urètre ; *variété vaginale*, se confondant avec l'épithélioma du tiers inférieur du vagin ; 2° le *cancer cutané* siégeant sur la face externe de la grande lèvre, se présentant sous la forme canéroïde ; 3° Le *cancer du clitoris* et 4° le *cancer de la glande de Bartholin*. Ce dernier est très rare et présente souvent la forme kystique lorsqu'il se développe aux dépens de la glande. Le canal excréteur peut aussi être le siège d'un cancer qui se présente sous la forme cylindrique.

L'étude des ganglions tributaires des différentes parties de la vulve a été faite par Cunéo et Marcille et confirmée par Rouvière et Basset en 1912. A signaler l'analogie existant entre le pénis et le clitoris. Les lymphatiques du capuchon et du gland vont aux ganglions inguinaux superficiels ; ceux du gland comme ceux du gland pénien vont aux ganglions iliaques externes. Cette étude des différents groupes ganglionnaires a été reprise, dans la thèse de Popovitch, en 1921.

Presque toujours les ganglions sont envahis du côté de

la lésion ; mais quelquefois aussi du côté opposé, surtout dans le cancer de la fourchette et de la région vestibulaire.

Au point de vue aspect macroscopique, on divise les épithéliomas en *papillaires* et en *infiltrés*. L'épithélioma papillaire rappelle un peu les papillomes, mais, les bourgeons sont plus végétants, et saignent au moindre contact. Ils sont très récidivants et s'accompagnent d'adénopathie. L'épithélioma infiltré se présente sous forme de placards indurés, envahissant en surface et en profondeur d'une manière centrifuge les parties saines. Il s'ulcère rapidement, et il se produit en son centre une perte de substance, et ainsi l'ulcération cancéreuse est constituée. L'ulcération est contournée par un bord dur, violacé, taillé à pic, du côté de l'ulcération et en pente douce vers la périphérie. Au lieu d'ulcération creuse il peut exister des bourgeons néoplasiques, qui comblent et qui dépassent même l'ulcération. Si cette forme s'accroît on a la variété en chou-fleur. Les hémorragies s'installent progressivement ; on a ou bien du sang pur, ou mélangé à du pus et à de la sérosité fétide.

Microscopiquement, on divise les épithéliomas de la vulve en deux grandes catégories :

Epithélioma lobulé à globes cornés ;

Epithélioma tubulé ou à cellules basales.

Ces deux formes peuvent coexister comme cela se voit dans l'observation n° I.

Lorsque les cellules des globes ne sont pas chargées d'éléidine, on n'observe pas de globes cornés, on a affaire alors à la variété lobulée spino-cellulaire.

Au point de vue macroscopique il n'y a aucune différence ; le siège est le même et seul le microscope permet la différenciation. A signaler aussi la moindre malignité des tumeurs lobulées ayant comme point de départ la peau.

OBSERVATIONS INÉDITES

(Service du professeur Faure, hôpital Broca.)

Observation I. — Mme L..., 54 ans, rien à signaler dans ses antécédents. Il y a vingt ans la malade eut de nombreux papillomes vulvaires, au cours d'une grossesse. Entrée dans le service, elle subit un grattage à la curette et sort guérie, dix jours après. En janvier 1920, quelques papillomes en petit nombre se montrent au niveau de la fourchette, la malade ne s'en préoccupe pas à cause de l'absence complète de troubles fonctionnels. Après plusieurs mois ces papillomes se développent et gagnent la partie gauche de la vulve. Il se forme une masse unique, qui augmente peu à peu et finit par envahir toute la lèvre gauche, depuis l'anus jusqu'au pubis. Cette masse s'ulcère ensuite et donne un léger suintement séro-purulent, tachant la chemise et produisant une odeur forte. Au moindre traumatisme l'ulcération saigne, mais de façon peu abondante. Malgré le volume de cette tumeur la marche n'est nullement gênée. Aucun trouble ni dans la miction, ni dans la défécation. Cependant le sphincter anal doit être envahi, la malade présentant de l'incontinence pour les gaz. L'examen pratiqué le 14 décembre 1921, montre la région vulvaire considérablement déformée par la présence d'une masse volumineuse, plus grosse que le poing et allongée dans le sens antéro-postérieur. Son extrémité supérieure se continue jusqu'au tiers antérieur de la grande lèvre gauche, l'extrémité postérieure, forme une grosse saillie arrondie qui surplombe la région anale et la masque complètement. La surface de cette tumeur est irrégulière, formée par des bourgeons néoplasiques, fermes et saignant au contact. En écartant cette masse vers la gauche, on voit une deuxième tumeur, plus petite et d'aspect différent. C'est une masse irrégulière, d'aspect papillomateux, de 6 centimètres sur 4, placée sur la partie droite de la vulve. Elle se continue au niveau de la fourchette avec la tumeur gauche. Le toucher vaginal rendu difficile, montre que seul l'orifice vulvaire est envahi et que le vagin est souple et sain. Le toucher rectal, également difficile, montre que toute la moitié antérieure de l'anus est envahie et que le sphincter, a perdu à ce niveau sa souplesse. Le mobilisation de

la tumeur entraîne les plans profonds du périnée. Le reste est mobile sur les plans profonds, sans adhérence à la branche ischio-pubienne. La recherche des ganglions est positive. On trouve à gauche, dans le triangle de Scarpa, une masse dure, indolore siégeant au niveau du groupe supéro-interne.

D'autres ganglions sont perceptibles, ils sont plus petits et mobiles. A droite également on trouve plusieurs ganglions, petits et mobiles, très suspect d'envahissement néoplasique. Entre ces ganglions et la tumeur, on ne trouve pas d'infiltration le long des vaisseaux lymphatiques.

Les fosses iliaques sont souples, sans adénopathie perceptible. Le diagnostic clinique du cancer de la vulve est évident ; il s'agit d'un énorme épithélioma de la fourchette et de la grande lèvre gauche, avec envahissement ganglionnaire bilatéral. Le point particulier de cette lésion est que l'on trouve à droite une plaque, ayant les caractères des papillomes vulvaires, se continuant peu à peu avec la tumeur nettement néoplasique.

Intervention le 20 décembre 1921. Anesthésie au mélange de Schleisch.

Premier temps. — Curage des ganglions du côté droit, dissection complète du triangle de Scarpa. Ablation en masse de la totalité des ganglions perceptibles. On trouve dans le tissu cellulaire des petits ganglions de la grosseur d'une amande.

Deuxième temps. — A gauche, opération identique, les ganglions sont volumineux, surtout l'un d'eux. Suture aux crins avec drainage filiforme.

Troisième temps. — Ablation de la tumeur en passant sur la peau, à un bon centimètre en dehors de la lésion, et en dedans sur le vagin, à quelques millimètres de la zone macroscopiquement envahie.

En profondeur, la tumeur elle-même se dégage très facilement des plans sous-jacents, sauf au niveau du périnée où il faut enlever la partie antérieure du canal anal, du sphincter et de la muqueuse voisine de l'anus. Une tentative de réparation est faite immédiatement. Points profonds aux crins pour rapprocher ce qui reste des muscles du périnée. Catgut, sur la muqueuse anale ; points superficiels sur l'orifice vulvaire. Sonde vésicale, pansement.

Suites opératoires. — Très satisfaisantes. Les plaies crurales se ferment par première intention. Il n'en est pas de même pour les sutures vulvaires qui lâchent les unes après les autres. Pansement à plat et vers le vingtième jour cicatrisation par première intention.

Le 23 janvier on constate un bourgeon épithélial de la grande lèvre gauche, on extirpe pour l'examen.

Un nodule siégeant au niveau du bord externe de la grande lèvre gauche dans sa partie antérieure, et un bourgeon de cicatrisation dans la région périnéale.

Le 17 février 1922 on constate une nouvelle poussée suspecte sur la zone ano-périnéale. Un fragment est enlevé à la pince emporte-pièce pour l'examen.

Application de radium en surface (7,5 centigrammes de bromure de radium réparti en quatre tubes). Filtrage par 1 millimètre de platine doublé d'une lame d'aluminium + caoutchouc 4 millimètres. L'appareil est laissé en place vingt-quatre heures ayant débité 7,5 milicuries. Une application préventive de rayons X est faite sur chaque région inguinale.

Examen histologique de la première opération obtenu grâce à l'obligeance du professeur Champy : On trouve dans la tumeur et dans les ganglions un épithélioma lobulé avec çà et là tendance à la formation de tubes épithéliaux du type épithélioma tubulé. La forme lobulée domine.

Il n'y a pas de globes cornés. Le centre des lobules est seulement occupé par des cellules dégénérées, aplaties. Cette forme de tumeur relativement rare dans la peau fait penser que le cancer est né sur la face interne de la grande lèvre, car c'est un type banal sur toutes les muqueuses génitales. Les ganglions sont envahis profondément par des travées épithéliales du même type.

Deuxième opération : Bourgeon sur la fourchette. Il se montre constitué de travées épithéliales lobulées comme la tumeur précédente, sans que le type ait été en rien modifié.

La malade quitte l'hôpital. Son état est très satisfaisant quoique il subsiste de l'incontinence complète des gaz et partielle des matières. Le poids de la malade est sensiblement augmenté. Elle se présentera tous les mois pour qu'on puisse la surveiller, et déceler dès le début une récurrence possible.

Observation II. — Malade de 65 ans, ayant eu deux enfants. En dehors d'une bronchite rebelle qui dure depuis vingt-cinq ans, rien d'important à signaler dans les antécédents.

Il y a trois mois la malade s'aperçoit, en faisant sa toilette, de l'existence d'un petit bouton siégeant à la vulve. Celui-ci est resté stationnaire pendant plus d'un mois, puis il s'est développé d'une façon progressive, ce qui détermine la malade à nous consulter. La tumeur ne détermine aucune douleur dans la position assise ou couchée mais gêne beaucoup la marche. A signaler un léger suintement fétide.

À l'examen une tumeur ulcérée ayant environ 4 centimètres sur 3 centimètres, se montre à la partie postérieure et gauche de l'orifice vulvaire. Elle empiète sur la ligne médiane au niveau de la four-

chette et s'étend à la face interne de la grande lèvre gauche. Il s'agit d'une plaque dure, ulcérée, à bords surélevés. Le fond de l'ulcération est irrégulier, d'aspect grenu, avec sécrétion séro-purulente peu abondante. Ces bourgeons sont fermes et saignant au contact. La muqueuse et la peau qui les recouvrent rouges violacé, constituant la zone d'accroissement de ce néoplasme.

La tumeur s'étend peu dans la profondeur, elle repose sur les plans profonds comme sur une plaque de carton mobile. L'examen de la région ganglionnaire ne décèle aucune adénopathie.

Le 21 janvier 1922, on décide une opération locale consistant dans l'ablation assez large de la tumeur, mais sans curage préalable des aines. Le professeur Faure décide de garder le barrage lymphatique qui ne paraît pas macroscopiquement envahi.

On procède à l'ablation d'un cancroïde étendu à toute la lèvre gauche et à la fourchette. Suture totale aux crins. Les fils d'argent lâchent au cinquième jour. Cicatrisation par deuxième intention. La malade quitte l'hôpital entièrement rétablie.

Examen microscopique de la tumeur. — Sur une partie des pièces remises, constituées en majeure partie par des papillomes pures, on trouve un début de transformation cancéreuse.

Le papillome présente une kératinisation nette et qui semble plus intense que dans la peau normale.

L'épithélioma paraît se détacher de la portion la plus profonde des papilles, par le processus suivant :

Les cellules de type malpighien, tendent à se grouper concentriquement vers l'axe de la papille, où elles subissent la kératinisation par petits groupes.

Il s'ensuit la formation de petits globes épidermiques et de petits globes cornés, dans l'axe des papilles épidermiques qui tendent à s'isoler sans jamais l'être complètement.

L'ensemble de la partie suspecte, rappelle par sa disposition un cancroïde superficiel, d'une part la densification du tissu conjonctif au-dessous des lobules épithéliaux ; d'autre part, par le fait que l'envahissement en profondeur ne dépasse pas 4-5 millimètres.

Il s'agit ici d'une tumeur née sur l'épithélium kératinisé.

Observation III (due à l'obligeance du professeur Lecène). — La malade entre dans le service le 21 octobre 1920, pour tumeur légèrement douloureuse de la région vulvaire ; qui est apparue depuis deux ans, elle a augmenté lentement, donne une sensation de pesanteur à l'hypogastre. Bientôt s'est ouvert un orifice fistuleux donnant issue à un liquide clair et sanieux ; jamais de sang. A l'inspection, la tumeur siège sur la petite lèvre et a les dimensions d'une pièce de un franc. Elle est de consistance très dure, et

mobile sur les plans profonds. L'orifice fistuleux siège dans la région de la glande de Bartholin.

Les ganglions inguinaux sont durs, peu volumineux.

Le 27 octobre, opération. Extirpation des ganglions inguinaux, excision de l'ulcération siégeant près de l'orifice vaginal, à droite du méat urétral. Suture en un plan aux fils d'argent de la plaie vulvo-vaginale.

Examen de laboratoire.— Epithéliomas mixtes baso et spino-cellulaires, quelques globes cornés.

La malade n'a pas été revue.

Observation IV (prise dans le service du professeur Lecène).— Malade âgée de 49 ans, entrée le 27 septembre 1920. En mars 1919, elle avait été opérée par le Dr Descomps, pour un néoplasme de la vulve, sans ablation des ganglions inguinaux. Une petite cicatrice montre une opération peu étendue. La malade semblait guérie, mais elle ressent eu juin 1920 des douleurs siégeant à la vulve et s'irradiant vers les membres inférieurs et les lombes. Dans les derniers temps la marche devient impossible, pas de troubles à la miction, ni à la défécation.

Etat général assez satisfaisant.

A l'inspection, on aperçoit une petite érosion rougeâtre, un peu indurée, dont le début remonte à quatre mois et siège sur la face externe de la grande lèvre gauche, près de la commissure antérieure. Ganglions assez douloureux dans le pli de l'aîne gauche, surtout à la partie supéro-interne.

Opération pratiquée le 28 septembre 1920. Excision large de la peau, du tissu sous-cutané et des ganglions inguinaux gauches, nettement envahis. Hémostase. Fermeture complète avec une mèche de gaze iodoformée dans l'angle interne.

Examen de laboratoire.— Epithélioma baso cellulaire infiltré.

La malade est revue le 9 juin 1921. Petit nodule de récidive à la petite lèvre du côté gauche.

Observation V (service professeur Lecène).— Malade de 59 ans, entre à l'hôpital le 17 décembre 1920 pour une ulcération sur la grande lèvre droite.

En juin 1920, la malade a commencé à ressentir des douleurs localisées à l'endroit de cette tumeur en même temps que celle-ci change d'aspect et augmente de volume. Les démangeaisons s'accroissent et arrivent à gêner considérablement la marche.

A l'examen on aperçoit une ulcération assez large de la face externe de la grande lèvre reposant sur une base un peu indurée. Peu de ganglions cliniquement perceptibles. Au toucher vaginal un peu d'induration (2 ou 3 cm.) sur la paroi vaginale droite.

Opération le 23 décembre 1920.

Ablation de la tumeur ulcérée de la grande lèvre droite qui empiète tout l'orifice vaginal. Ablation des ganglions inguinaux droits en masse. Suture partielle de deux plaies opératoires.

Examen histologique. — Epithélioma spino-cellulaire avec globes cornés aux ganglions envahis histologiquement.

La malade est revue le 13 octobre 1921. Rien de local, pas de récédive ; bon état général.

Observation VI (service du professeur Lecène). — La malade âgée de 65 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur vulvaire.

Vers le mois de juillet 1921 elle s'aperçoit qu'une tumeur siège au niveau de la partie moyenne de la petite lèvre droite. Cette tumeur est de la taille d'une noisette et n'est pas douloureuse. La malade ne s'en inquiète pas à cette époque. Un mois plus tard la tumeur augmente de volume, des douleurs apparaissent surtout la nuit. Un écoulement, blanc, tachant le linge et légèrement fétide survient. Il ne s'est produit qu'une fois une légère hémorragie. En même temps les mictions deviennent plus fréquentes et douloureuses. Au commencement de septembre 1921 la malade consulte un médecin qui lui conseille d'entrer à l'hôpital.

A son entrée on constate une tuméfaction de la petite lèvre droite de la taille d'une grosse noix comblant l'entrée du vagin non ulcéré ; elle empiète légèrement l'entrée du vagin. Pas d'adénopathie cliniquement appréciable. Bon état général, pas d'amaigrissement.

Opération le 23 septembre 1921. — Curage ganglionnaire des deux régions inguinales. A gauche, quelques ganglions non augmentés de volume. A droite, quelques ganglions gros dont un paraît envahi. Ablation de la petite lèvre droite qui a un aspect végétant. Hémostase. Suture partielle sans drainage.

Examen histologique. — Epithélioma spino-cellulaire avec globes cornés.

Malade revue en bon état en février 1922.

Observation VII (due à M. le Dr Moure). — La malade âgée de 58 ans entre dans le service de M. Lenormand pour des douleurs à la région vulvaire. Dans ses antécédents rien d'important à signaler. A l'examen on constate une petite tumeur verruqueuse occupant le capuchon du clitoris. Elle mesure environ 2 centimètres dans le sens vertical et 1 cm. 1/2 dans le sens transversal. Elle comprend une partie nettement verruqueuse et cornée avec sa partie inférieure une zone fissurée dont la palpation et dont le moindre frôlement détermine une douleur extrêmement vive. Elle

est souvent exaspérée au cours de la miction et surtout quand les dernières gouttes d'urine entrent en contact avec elle.

A la palpation cette tumeur est mobile dans son ensemble sans adhérence aux plans profonds. Il existe environ 1 centimètre de muqueuse saine entre son bord inférieur et le méat urétral. Il existe d'autre part des petits ganglions durs, roulant sous les doigts dans la région ilio-inguinale des deux côtés. Il n'y a pas de suintement ni de prurit. D'après les dires de la malade elle s'est aperçue déjà depuis de longues années de la présence d'une petite verrue sur le clitoris sans qu'elle puisse indiquer une date exacte. On fait le diagnostic d'épithélioma du clitoris greffé sur un petit papillome.

Opération le 20 août 1920. — Premier temps ganglionnaire : Incision de l'arcade crurale, dissection des ganglions et du tissu cellulaire de la région inguinale. Nombreux petits ganglions. Ce temps est pratiqué des deux côtés. Suture de la peau jusqu'au mont de Vénus. Ablation en losange de toute la région clitoridienne jusqu'à l'urètre.

Hémostase. Ligature de deux corps caverneux, surjet hémostatique sur la région pré-urétrale qui saigne en nappe. Suture de la peau à la soie. Sonde à demeure.

L'examen histologique (coupe n° 203) montre des lésions de dégénérescence papillomateuse excessivement nettes avec hypertrophie des papilles et exagération de la couche cornée. En un point de la coupe assez limité on voit que les cellules du corps muqueux de Malpighi ont rompu la basale pour envahir le derme. Il existe en ce point des globes cornés et des cellules cancéreuses munies de prolongements présentant nettement le type d'épithélioma spino-cellulaire.

Suites opératoires. —Après cette opération simple qui avait duré 40 50 minutes l'état général a été bon pendant les premières 24 heures. Puis la malade est progressivement tombée dans le coma avec hypothermie et oligurie (300 gr. d'urine par jour) et la mort est survenue le troisième jour sans qu'il soit possible de trouver exactement la cause.

Observation VIII (service M. Lenormand). — Femme de 66 ans, qui entre dans le service pour un petit épithélioma de la grande lèvre droite greffé sur des lésions de kraurosis.

Opération le 18 mai 1920 :

1° Extirpation des ganglions droits et gauches. A droite, il existe manifestement des ganglions hypertrophiés. A gauche, rien d'anormal ;

2° Ablation de la tumeur comprenant la plus grande partie de la grande et petite lèvre droite ;

3° Surjet hémostatique. Réunion muco-cutanée par un surjet de soie.

Sortie le 17 juin complètement guérie.

Revue en bon état le 13 février 1920.

Observation IX (service M. Lenormand). — Malade âgée de 69 ans, entre dans le service de M. Lenormand le 5 octobre 1920. On constate, à l'examen, une tumeur siégeant sur la grande lèvre droite. Légère adénopathie à droite.

Opération le 28 octobre 1920 :

1° Curage ganglionnaire de l'aîne droite par incision parallèle au pli inguinal et recourbé en bas. On trouve quelques petits ganglions augmentés de volume surtout dans le groupe supéro-externe. Hémostase. Suture cutanée avec drainage;

2° Ablation de la tumeur vulvaire qui est ulcérée et mesure environ 5 centimètres sur 3 centimètres. En arrière, elle se prolonge jusqu'au voisinage de l'anus et les fibres les plus antérieures du sphincter sont sacrifiées. En profondeur, la tumeur est limitée et peu envahissante. Exérèse large en tissu sain. Quelques points de catgut sur le bord antérieur du sphincter. Suture de la paroi vaginale à la peau au crin de Florence.

Suites opératoires. — 7 novembre. — Ablation des crins vulvaires. Pansement à plat les jours suivants.

13 novembre. — Ablation des crins inguinaux. Il persiste une région non suturée de 10 centimètres de long. Pansement quotidien. Suppuration fétide et abondante de la plaie inguinale qui va en diminuant et cesse le 18 novembre.

La malade quitte l'hôpital en bon état. Elle n'a pas été revue.

Observation X (M. Lenormand). — Malade âgée de 28 ans, entre dans le service pour ulcération de la vulve.

En 1920, on lui a fait un traitement spécifique à la suite d'une ulcération syphilitique à la vulve.

Après guérison par le traitement spécifique elle reprend subitement gagnant en surface et en profondeur et ne cicatrise plus. Cette ulcération siège sur la partie antérieure et droite de la vulve contre la face supérieure de la petite lèvre. Elle glisse sur la branche ischio-pubienne sans aucune adhérence et approche à un centimètre de l'orifice urétral.

Pas de ganglions cliniquement perceptibles.

On fait une biopsie qui montre qu'on a affaire à une tumeur d'origine douteuse.

Opération le 30 mars 1921. — Anesthésie chloroformique.

Excision large de la lésion en surface et en profondeur.

Il n'y a aucune adhérence. Petite brèche sur la face externe de l'urètre.

Examen histologique. — Tumeur présentant nettement les caractères d'un syphilome.

TRAITEMENT

Le traitement de l'épithélioma de la vulve est avant tout chirurgical. L'exérèse de la tumeur, sera précédé du curage double de la région inguino-crurale superficielle et profonde, des deux côtés.

Les différents temps de l'opération ont été définitivement réglés par Basset. Pourtant une question reste en suspens : Faut-il aller chercher les ganglions hypogastriques et par quel procédé. Procédé de Sæckel par voie intra-péritonéale ou celui de Kehrer par la voie extra-péritonéale. Nous croyons qu'il vaut mieux éviter ces grands délabrements et ne pas intervenir chirurgicalement pour les extirper. Généralement il s'agit de femmes qui ont dépassé l'âge de 50 ans et qui ne peuvent pas supporter de grands chocs opératoires.

On peut obtenir de bons résultats par la radiothérapie profonde du bassin en employant des rayons X très pénétrants fournis par plusieurs tubes Coolidges.

Au point de vue ganglions, une autre question se pose. Faut-il pratiquer le curage systématique des deux aines même quand cliniquement il n'y a pas trace de ganglions.

Nous répondrons à cette question avec le D^r Douay par la négative. Il vaut mieux les laisser et n'enlever que la tumeur. S'il reste des cellules néoplasiques les ganglions constituent un bon barrage. La malade sera surveillée et revue au moins tous les mois et s'il y a commencement de récurrence les ganglions vont se prendre et c'est à ce moment qu'il faudra les enlever. Dans l'observation II, au point de

vue opératoire le professeur Faure s'est contenté d'exciser largement la tumeur en ne touchant pas aux ganglions.

Une autre question très discutée est celle de la suture précoce ou tardive des plaies inguinales. Il est classique d'enlever les ganglions et de suturer immédiatement avant même d'inciser la tumeur pour ne pas produire des greffes à la région inguinale. Des auteurs américains se sont demandé, s'il était prudent d'enfermer dans la profondeur, sous les téguments, des tissus de nature très douteuse, sans qu'on puisse observer ce qu'ils deviennent. Taussig pense qu'il vaut mieux ne pas suturer. Il laisse les plaies inguinales deux semaines sous pansement et pendant ce temps il fait de la radiothérapie pour détruire les quelques noyaux cancéreux qui n'ont pas été enlevés par le bistouri.

La tumeur sera excisée en tissu sain, au moins un demi-centimètre de tissu sain autour du cancer ; en profondeur il faudra faire une exérèse large même au prix d'insuffisance sphinctérienne pour éviter les récidives.

Généralement les fils placés après l'opération ne tiennent pas et lâchent le quatrième ou cinquième jour. Nous constatons ce fait dans plusieurs de nos observations.

D'ailleurs ici non plus il n'est pas recommandable d'enfouir des tissus suspects sous les téguments. Ajoutons à ces faits, que ces opérations se font avec grande perte de téguments, que les lèvres de la plaie dans cette région ne sont pas très extensibles et nous arrivons à la conclusion qu'il vaut mieux ne pas suturer. Il est plus prudent de laisser la plaie se cicatrissr par seconde intention et de surveiller s'il ne se produit pas de récidives.

Les fulgurations sur ces larges pertes de substance ont une action indéniable sur la rapidité de la cicatrisation.

Les deux temps de l'intervention (ablation des ganglions et ablation de la tumeur) ne pourront plus se faire en une seule séance. L'ablation de la tumeur sera faite deux semaines après.

Le traitement par les rayons X n'est que le complément du traitement chirurgical. Employé seul il donne de mauvais résultats. Il faudra donc recourir à ce traitement après l'opération et surtout pour atteindre les ganglions profonds. On emploiera des rayons très pénétrants fournis par 6-10 tubes Coolidge en ayant toujours à l'esprit la possibilité des graves accidents de perforation et sténose intestinale très souvent signalés. On pourra aussi s'en servir pour les plaies inguinales à condition de ne pas suturer.

La curiethérapie seule n'est pas non plus à conseiller et cela résulte des statistiques de Burows et Taussig. Les échecs sont dus à la nature de l'épithélioma qui est la plupart du temps spino-cellulaire ou à globes cornés, formes très résistantes aux irradiations.

On signale des cas de guérison comme celui du professeur Legueu (*in* thèse de Popovitch) où il s'agit d'un épithélioma cylindrique. Le gros désavantage du radium c'est que ses effets diminuent avec le carré de la distance.

Si la tumeur a produit des métastases très discrètes à une petite distance les faibles irradiations qui y arrivent vont les exciter et les faire proliférer d'une façon très intense. Il faudra donc y recourir quand on veut agir sur une faible distance et quand on est sûr qu'il n'y a pas commencement de métastase.

M. Régaud considère qu'il faut employer d'emblée des fortes doses et ne recommencer que plusieurs semaines plus tard. Le fractionnement et la répétition produisent une sorte de vaccination qui soustraient les cellules cancéreuses à l'action du radium.

Le radium employé après opération sur des récidives locales, donne de bons résultats.

D'après Finzi l'exérèse et les applications de radium consécutives ont pour effet de produire des escarres et des accidents septiques.

Enfin le professeur Faure dans une statistique publiée dans la *Gynégologie* 1921 montre que les récidives ont, été plus fréquentes avec le radium post-opératoire, dans le cancer du col, que dans les opérations non suivies de radiumthérapie.

Regaud préconise le radium 15 jours avant l'opération qui atténue les risques de la dissémination des germes et n'empêche pas la cicatrisation post-opératoire.

Nous voyons donc que même les auteurs les plus convaincus des bons résultats des irradiations ne les considèrent que comme des moyens complémentaires du traitement chirurgical qui est le plus important.

CONCLUSIONS

1° D'une façon exceptionnelle, un papillome de la vulve peut devenir le point de départ d'un épithélioma vulvaire.

2° Le traitement du cancer de la vulve, reste jusqu'à présent un traitement d'abord chirurgical.

3° Il n'est pas démontré, que le pronostic opératoire ait été amélioré, par l'ablation chirurgicale élargie, ablation en bloc de la vulve, des lymphatiques efférents des ganglions bilatéraux, inguinaux et même pelviens.

4° La ligne de conduite que nous avons vu employer dans le service du professeur J.-L. Faure et que nous conseillons est la suivante :

1° *Pour la tumeur :*

a) Pratiquer l'exérèse limitée à la lésion vulvaire en passant en tissu sain ;

b) Surveiller avec soin la cicatrisation pour dépister les récidives. Cette surveillance est facilitée par le pansement à plat sans suture avec cicatrisation secondaire.

En cas de récidive l'application en surface de radium sur le point suspect, rendra de grands services ;

c) Remettre à plus tard la réparation de la vulve, si cela est nécessaire.

2° *Pour les ganglions :*

a) S'abstenir d'opération pour les ganglions pelviens ;

b) Lorsque les ganglions inguinaux d'un côté ou des deux sont cliniquement perceptibles, faire le curage métho-

dique du ou des triangles de Scarpa avec suture ; sinon s'abstenir ;

c) La roentgenthérapie pourra être faite préventivement sur la région inguinale aussitôt la cicatrisation obtenue.

Vu : le président de la thèse,

J.-L. FAURE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie. — Leucoplasie vulvaire avec épithélioma du clitoris, rapports avec kraurosis (Annales de Gynéco et Obstét., 1907, p. 347).
- Barnsby. — Epithélioma du clitoris. Société anat., 1898.
- Bégonin. — Epithélioma primitif de la glande de Bartholin (Revue de Médecine de Bordeaux, 1906).
- Bex. — Leucoplasie et ancroïde de la muqueuse vulvo-vaginale. Thèse de Paris, 1887.
- Bietrix. — Exérèse ganglionnaire dans le traitement du cancer de la vulve. Thèse de Paris, 1908.
- Blumcke. — Ueber maligne Tumoren der Vulva. Thèse de Halle, 1891.
- Bender et Daniel. — Epithélioma primitif de la vulve (Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris, 1904, 79, p. 56-58).
- Borderès. — Les tumeurs malignes primitives du clitoris. Thèse de Montpellier, 1903.
- Bonin. — Tuberculose vulvaire. Thèse de Paris, 1904.
- Boyer. — Le cancer primitif de la vulve. Thèse de Paris, 1908.
- Bracht. — Präkanzeroeser vulvatumor (Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk. Stuttgart, 1917-1918).
- Breitschneider. — Straleleubehandlung der Genital Karzinomen Zentralblatt f. Gyn., 1919.
- Bumm. — Sechs Jahre Radium (Zeut. f. Gyn., 1919).
- Bérard et Dunet. — Epithélioma consécutif au kraurosis (Ann. de Gyn. de Paris, 1919, p. 449).
- Chassaigne de Borredon. — Le kraurosis vulvaire et sa dégénérescence épithéliomateuse. Thèse de Paris, 1907-1908.
- Chaboux. — Les tumeurs malignes primitives de la glande de Bartholin. Thèse de Lyon, 1906.
- Cunéo et Marcille. — Notes sur les lymphatiques du clitoris (Bull. de la Soc. d'Anat. de Paris, 1901).
- Darier. — Leucoplasie et cancer (Presse méd., 1903, p. 61).
- Contre-indication de la radiothérapie dans certaines espèces de cancers de la peau (Revue de chirurgie, 1919).
- Dauriac. — Du cancer primitif de la région clitoridienne. Thèse de Paris, 1888.
- Dietzer. — Ueber carcinom der Werbllichen uretra. Thèse de Berlin, 1893.
- Duboucher. — A propos de la présence de parasites dans un cancer

- de la vulve (Bull. Soc. obst. et gynécologique de Paris, 1920, p. 132-134).
- Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.
- Esnault. — Epithélioma primitif de la vulve. Thèse Montpellier, 1911.
- Faure et Siredey. — Traité de Gynécologie.
- Feller. — Ueber das Vulva-Karzinom (Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1907, p. 309).
- Finzi. — Traitement des tumeurs par le radium et les rayons (Journal de Radiologie et d'Electrologie, 1920).
- Fontaine (Mlle) et Peyron. — Epithélioma de la vulve (Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris, 1919, p. 45).
- Forgue et Musabau. — Gynécologie, 1916.
- Francke. — Tumeurs malignes des organes génitaux chez la femme. Thèse de Berlin, 1898.
- Frankl. — Zur pathologie des vulvokarzinoms (Münchener Med. Wochenschrift, 1916).
- Fileux. — Tumeurs malignes primitives de la vulve. Thèse de Paris, 1901.
- Goldschmidt. — Carcinome de la vulve. Thèse de Leipzig, 1903.
- Gaertner. — Die operationen bei carcinom der äusseren genitalien des Weibes (Tri. und Br. 1905).
- Gaucher. — Epithélioma de la vulve (Journal des maladies cutanées et syphilitiques. Paris, 1904).
- Grunbaum. — Die prognose bei operationen des Vulvkarzinoms (Deutsche Med. Woch., n° 7, 15 février 1906).
- Grynfeld et Giraud. — Epithélioma de la grande lèvre, son origine bartholinienne probable (Montpellier méd., 1921).
- Hartmann. — Opération plastique après excision de tumeur très étendue de la vulve (Ann. Gyn. 1906).
- Technique de l'ablation de l'épithélioma primitif du clitoris (Ann. de Gynéc. et Obst. Paris, 1912).
- Kehrer. — Soll das Vulvakarzinom operiert oder bestrahlt werden (Monatschrift für Geburt und Gyn. Berlin, 1918).
- Kotzulla. — La chirurgie des ganglions pelviens profonds (Deutsche Zeitschrift f. chirurgie, 1912).
- Lahaye. — Cancer primitif du vestibule. Thèse de Paris, 1888.
- Lambert. — Cancer de la grande lèvre (Echo méd. du Nord. Lille, 1905).
- Letulle (P.). — Anatomie pathologique.
- Lewers. — Trois cas d'épithélioma de la vulve : Suites éloignées (Revue de Gynéco., 1907, p. 707).
- Louradour. — Cancer primitif du clitoris. Thèse de Bordeaux, 1893.
- Luzemberger. — Carcinoma Vulvæ. Thèse Munich, 1894.
- Machenauer. — Zwei Fälle von geheilten vulvakarcinom (Zentralblatt f. gyn., 1911).
- Mantilla. — Leucoplasie et cancer. Thèse de Paris, 1901-1902.
- Maclaure. — Evidement lymphatique bilatéral et néoplasie en bloc dans les cancers du pénis et du clitoris (Tribune méd., 1903).

- Mariage. — Essais sur les tumeurs malignes des enfants. Thèse de Paris, 1894.
- Mauxion. — L'hépathélioma de la vulve. Thèse de Paris, 1905.
- Mayer. — Beitrage zur Kentnis der malignen aussem Genitalien (Monat. f. gyn., 1868).
- Maurel. — De l'épithélioma vulvaire primitif. Thèse de Paris, 1888.
- Mignot. — Cancer de la vulve (Gazette hebdomadaire, 1866).
- Monod. — Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde (Ann. de la Polyclinique de Bordeaux, 1896).
- Morestin. — Cancer de la vulve et de l'anus (Presse méd., 1903).
- Müller. — Ueber das Karzimom der vulva und Uretra (Zentralblatt. f. gyn., 1920).
- Petit (Paul). — Début d'épithélioma leucoplasique de la vulve (Semaine gynéc., 1899).
- Cancer vulvaire et vulvectomy (La Gynéc., 1908).
- Peyrache. — Tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille. Thèse de Paris, 1905.
- Pichevin. — La dégénérescence épithéliale de la leucoplasie vulvaire (Gazette de Gynéc., 1904).
- Pilliet. — Cancer vulvaire (Ann. de Gynéc., 1900).
- Plausson. — Cancroïdes de la vulve (Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, 1906).
- Potaillon. — Maladies des femmes. Paris, 1891.
- Popovitch. — Sur le traitement de l'épithélioma vulvaire. Thèse de Paris, 1921.
- Pozzi. — Traité de Gynécologie.
- Raymond et Chanoz. — Traitement par les rayons X d'un épithélioma de la vulve (Arch. d'élec. méd. de Bordeaux, 1904).
- Reclus. — Des épithélioma en surface des muqueuses leucoplasiques (Presse méd., 1905).
- Règaud. — Fondements rationnels, indications techniques et résultats de la radiothérapie des cancers (Journal de Radiothérapie et Elec., 1920).
- Reisach. — Demonstration eines durch Bestrahlung Klinik geheilten Vulvakarzinom (Munch. Med. Wochen., 1919, LXV).
- Ritterhaus. — Das primære Carcinom der Vulva (Deutsche Zeisch. fur Chirurgie. Leipzig, 1914).
- Rouvière. — Quelques recherches sur les ganglions du clitoris (Ann. de Gyn., 1912).
- Salière-Delaitre. — De l'épithélioma de la glande de Bartholin. Thèse de Montpellier, 1915.
- Sassy. — Tumeurs de la vulve. Thèse Montpellier, 1891.
- Savourin. — Cancer primitif de la glande de Bartholin. Thèse Bordeaux, 1908.
- Schmidlechner. — Le cancer du clitoris (Arch. f. Gyn., 1904).
- Schlüter. — Centralblatt fur Gyn., 1908.
- Schröder. — Maladies des organes génitaux chez la femme.
- Sckwartz. — Sur les opérations du cancer de la vulve et du vagin. Thèse de Berlin, 1893.

- Seitz et Wintz. — Röntgenbestrahlung boesartigen Neubildungen (Zent. f. Gyn., 1920).
- Seligmann. — Geheilte Kraurosis und Krebsrezidive (Zent. f. Gyn., 1912).
- Soullier. — Du cancer primitif du méat chez la femme. T. Paris, 1889.
- Stöckel. — Sur le traitement radical du cancer de la vulve (Munch. Med. Woch., 1910, p. 497).
- Comment améliorer les résultats de l'intervention pour cancer de la vulve (Zent. f. Gyn., 1912, p. 1102).
- Teufel. — Kraurosis und Cancroid (Zentrol f. Gyn., 1913).
- Trélat. — Cancroïde de la vulve (Gazette des Hôpitaux, 1882).
- Vedel et Giraud. — Métastase rachidienne du cancer de la vulve (Montpellier méd., 1921).
- Venot et Parcelier. — Cancer de l'urètre chez la femme (Revue de Chirurgie, 1921, n° 11).
- Wassermann (M.). — Epithélioma primitif de l'urètre. Thèse de Paris, 1895.
- Weber. — Die Dosimetrie in der Radiumbehandlung der genital-karzinome (Zent. f. Gyn., 1912).
- Weterwald. — Kraurosis de la vulve avec cancer. Thèse de Bâle, 1919.
- Winckel. — Die pathologie der Weiblichen Sexualorgane, 1881. p. 277.
- Zubrzycki. — Kraurosis Leucoplasie und Carcinom (Gynæck Rundschau, 1913).